

Drogen- und Suchtrat

c/o Bundesministerium für Gesundheit 11055 Berlin

Drogen- und Suchtrat

Sabine Bätzing

- Vorsitzende -

HAUSANSCHRIFT Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin

POSTANSCHRIFT 11017 Berlin

TEL +49 (0)1888 441-1452

FAX +49 (0)1888 441-4960

E-MAIL drogenbeauftragte@bmg.bund.de

Berlin, 6. März 2006

Arbeitsprogramm des Drogen- und Suchtrates

Die übergeordnete Zielsetzung des „Aktionsplanes Drogen und Sucht“ ist die Reduzierung des Konsums von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen sowie die Verringerung von stoffungebundenen Süchten, da hiermit auch eine Verringerung der mit dem Konsum und Konsumverhalten verbundenen gesundheitlichen, psychosozialen und wirtschaftlichen Risiken und Probleme verbunden ist.

I

Der Konsum von Suchtmitteln in unserer Gesellschaft ist zu hoch. Auch wenn nicht jede Art von Konsum gleich zu bewerten ist. Der Konsum einiger Substanzen ist so riskant und gesundheitsschädlich, dass es besser wäre, ganz darauf zu verzichten. Bei anderen kommt es eher darauf an, einen verantwortlichen Umgang zu fördern und einen schädlichen Gebrauch zu vermeiden. Daher empfiehlt der Drogen- und Suchtrat, weitere Schritte zu unternehmen, um den Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln insgesamt deutlich zu senken. Nach wie vor liegt die größte Problematik bei der Anzahl der Betroffenen im Bereich der tabak- und alkoholbezogenen Störungen.

Der Drogen- und Suchtrat hat zur Umsetzung und Koordinierung der **Suchtprävention** eine **Arbeitsgruppe** eingesetzt..

Der Drogen- und Suchtrat orientiert sich an folgenden Zielsetzungen des „Aktionsplans Drogen und Sucht“:

- **den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszuzögern;**
- **riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren;**
- **das Überleben zu sichern;**
- **eine Abhängigkeit mit allen nach aktuellem Stand der Wissenschaft und Praxis zur Verfügung stehenden Möglichkeiten im psychischen, physischen und sozialen Bereich zu behandeln und dabei die Zusammenarbeit aller beteiligten Stellen einschließlich der Selbsthilfe zu fördern und weiterzuentwickeln;**
- **die Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel einzudämmen.**

Um diese Zielsetzungen des Aktionsplanes Drogen und Sucht zu erreichen, ist es wichtig, folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- die Veränderung des gesellschaftlichen Klimas hin zu einem kritischeren Umgang mit legalen und illegalen Suchtmitteln;
- die Verbesserung der Früherkennung und der frühen Intervention des Missbrauches von Suchtmitteln;
- die frühestmögliche Identifikation von neuen psychoaktiven Substanzen und Konsummustern;
- die Sensibilisierung für die Gefahren des Mischkonsums;
- die zielgruppengerechte Prävention bei besonders gefährdeten Gruppen (z. B. Kinder aus suchtbelasteten Familien, Migranten etc.).

In allen Bereichen der Prävention und Hilfe ist das Prinzip des Gender Mainstreaming umzusetzen.

II

Der Drogen- und Suchtrat empfiehlt, sich bei der Umsetzung der im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ festgelegten Zielsetzungen und Maßnahmen in den Jahren 2005 und 2006 auf folgende Schwerpunkte zu konzentrieren:

- 1. Die Quote der jugendlichen Raucherinnen und Raucher im Alter von 12 bis 17 Jahren ist von 28% in 2001 auf 20% in 2005 reduziert worden. Sie soll bis 2008 im bundesweiten Durchschnitt auf unter 17 % gesenkt werden.**¹

Die mit dem Rauchen verbundenen gesundheitlichen Risiken sind erheblich. Die Anzahl von 16,7 Mio. Rauchern (9,5 Mio. Männer und 7,2 Mio. Frauen) in Deutschland ist, auch im Vergleich mit den europäischen Nachbarländern, sehr hoch. Besorgniserregend ist der Anteil jugendlicher Raucher und dabei der Anteil rauchender Mädchen und jungen Frauen. Insgesamt sind jährlich über einhunderttausend tabakbedingte Todesfälle zu verzeichnen. Die volkswirtschaftlichen Schäden werden auf 19 Mrd. € geschätzt. Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto eher treten gesundheitliche Schäden auf. Umgekehrt: je länger der Beginn des Rauchens herausgezögert werden kann, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass mit dem Rauchen erst gar nicht begonnen wird. Dieser Trend soll gefördert werden.

- 2. Die Quote der jugendlichen Konsumenten von alkoholischen Getränken im Alter von 12 – 17 Jahren soll von derzeit 20 % auf unter 18 % im bundesweiten Durchschnitt bis 2008 gesenkt werden. Die Quote von jugendlichen Konsumenten von Alkopops bei unter 18-Jährigen soll nach der deutlichen Reduzierung von 28 % in 2004 auf derzeit 16 % weiter reduziert werden.**

In vielfältigen Studien konnte gezeigt werden, dass zwischen der Höhe des Alkoholkonsums in einer Bevölkerung und dem Ausmaß der alkoholbedingten Probleme ein Zusammenhang besteht. 90 % aller Bundesbürger haben Erfahrungen mit Alkohol, rund ein Drittel trinkt regelmäßig, ein kleinerer Teil täglich. Wir beobachten gleichzeitig, dass insbesondere Jugendliche zunehmend riskanter konsumieren. Insgesamt gibt es über 9 Mio. Menschen mit **gravierenden Alkoholproblemen**, davon 1,6 Mio. mit einer Alkoholabhängigkeit, von denen sich noch immer nur ein kleiner Teil in einer Behandlung befindet. Über 42.000 alkoholbedingte Todesfälle sind jährlich zu beklagen. Die Behandlung beginnt meist zu

¹ Die Erreichung der Zielgrößen in diesen drei Bereichen (Tabak, Alkohol, Cannabis) soll durch die Drogenaffinitätsstudie 2008 überprüft werden. Es wird eine Sonderauswertung der Quote der Jugendlichen bei Tabak und Alkohol im Alter von 12 – 15 Jahren erfolgen.

spät, in der Regel erst 5 bis 10 Jahre nach Beginn einer Abhängigkeit. Der frühe Einstieg in den Alkoholkonsum soll deshalb hinausgezögert werden, der Einstieg insbesondere von Mädchen durch den Konsum von Alkopops soll nachhaltig unterbunden werden.

3. Die Quote von Cannabiskonsumenten soll von über 31 % Probierern im Jahr 2004 in den Altersgruppen der 12- bis 25-Jährigen bis 2008 auf unter 28 % gesenkt werden. Der Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten soll in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen bis zum Jahr 2008 im bundesweiten Durchschnitt auf unter 5 % zurückgehen

Bei den **illegalen Drogen** spielt Cannabiskonsum die Hauptrolle, über ein Viertel der Jugendlichen hat damit Erfahrungen, wobei es nur noch geringe Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland gibt. Zunehmend wird aus den Einrichtungen der Jugend- und Drogenhilfe von riskanten Konsummustern und Mischkonsum berichtet. Die Zahl derjenigen, die in Beratungsstellen betreut werden, hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. Rund zwei Millionen vor allem junger Menschen konsumieren regelmäßig Cannabis, fast 400.000 weisen einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum auf. Deshalb ist Handlungsbedarf gegeben.

III

Ebenso wird der Drogen- und Suchtrat die verschiedenen Strategien zur Eindämmung der mit der Abhängigkeit von illegalen Drogen, insbesondere der *Heroinabhängigkeit*, verbundenen erheblichen gesundheitlichen und sozialen Schäden sorgfältig beobachten. Das gilt für die Verbesserung der Wirksamkeit von verschiedenen Maßnahmen der *Überlebenshilfen* ebenso wie für ambulante und stationäre Maßnahmen der Behandlung, sowohl im Rahmen von Abstinenztherapien wie auch von substitionsgestützter Behandlung der Opiatabhängigkeit.

Der Drogen- und Suchtrat bezieht die Ergebnisse des *Modellprojektes einer heroingestützten Behandlung* in seine Überlegungen ein.

IV

Der Drogen- und Suchtrat erkennt zudem die wichtigen Bemühungen der verschiedenen zuständigen Stellen an, namentlich der Strafverfolgungsbehörden, den illegalen Drogenhandel auch mit repressiven Mitteln wirksam zu bekämpfen. Darüber hinaus sieht er mit Sorge, dass es insbesondere auf internationaler Ebene mit präventiven wie auch mit repressiven Mitteln bislang nur zum Teil gelungen ist, den Anbau und die Herstellung illegaler Drogen wirksam und nachhaltig zu unterbinden.

V

Der Drogen- und Suchtrat hält die verschiedenen Maßnahmen zur Behandlung einer Suchterkrankung für unerlässliche Bausteine eines effektiven Systems zur Reduzierung suchtbedingter Erkrankungen und Schädigungen. Er wird sorgfältig die Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rentenversicherungsträger und aller Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX zur *Sicherung und Verbesserung der Qualität der ambulanten und stationären abstinenzorientierten Therapien* beobachten. Da die *Teilhabe am Arbeitsleben* eine wesentliche Grundlage zur Aufrechterhaltung der Abstinenz ist, sind hierbei insbesondere Maßnahmen zur *sozialen und beruflichen (Wieder)eingliederung* Suchtkranker einzubeziehen, die durch die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Jugend- und Sozialhilfe erbracht werden.

VI

Dabei kommt der *frühzeitigen Erkennung und Behandlung einer Suchterkrankung* eine erhebliche Bedeutung zu, um eine Abhängigkeitsentwicklung zu vermeiden bzw. frühzeitiger zu behandeln. Die Ergebnisse der im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Länder geförderten Verbundforschungsprojekte, die bis Ende 2007 durchgeführt werden, sollen in diese Überlegungen einbezogen werden.